Date of birth — 8/5/17 — 5.22pm

శ్రీ లక్ష్మీ తిరుమలనాధస్వామి ప్రసన్న : ఫోన్ : 08514 - 225622, సెల్ : 9866144130

# జాబిల్లి హాస్పిటల్

(Maternity & Pediatric unit of Sri Sai Multispeciality Hospital)

సంధ్య థియేటర్ లైన్, బాలాజి కాంప్లెక్స్, అయ్యప్పస్వామి గుడి ఎదురుగా, నంద్యాల - 518 501. కర్నూలు జిల్లా.

## INPATIENT CASE RECORD

Pt. Name : Bb Naga Sindhuri Age & Sex 2d/f

Address : Anantapur
Anantapur (dist)
Cell:- 9986528889

I.P.No. : 821
DOA/time : 10/5/17 / 8.00pm
D.O.Op. : /
D.O.D. : 12/5/17 2pm.

## Consent for Admission / Surgery

అయ్యా !

Wt - 2.955kgs

.....అను నేను

.....గ్రామం.....మండలం.....జిల్లా

.....Jaundice.....అను జబ్బుకు అడ్మిట్ అయినాను. ఈ చికిత్స గురించి, చికిత్స సమయంలో ప్రాణాపాయం సంభవించే అవకాశం గురించి మత్తు మందు ఇచ్చే సమయంలో మరియు ఆపరేషన్ సమయంలో కానీ, తర్వాత కానీ సంభవించే ఇబ్బందులను, డాక్టరు గారు మా మాతృభాషలో వివరించారు.

ఇందుమూలముగా ఎటువంటి ప్రాణాపాయం జరిగిననూ మేనేజ్‌మెంట్‌వారు కానీ, డాక్టరు గారు కానీ, ఆసుపత్రి సిబ్బంది కానీ ఎటువంటి బాధ్యులు కారు. దీనికి మేమందరము సమ్మతించి వ్రాసి ఇచ్చిన అంగీకారపత్రం

I Mr. / Ms..... have been explained, counselled and properly educated about my disease, the procedure / treatment to be performed on me and the risks and benefits involved with the procedure by the treating Doctor / Surgeon in my mother tongue. I understood all the above said things and hence with my full knowledge. I/We hereby giving my/our consent voluntarily to undergo the above said surgical procedure / treatment.

Patient Attenders - Relationship

1. B. Ramesh (father)
2.
3.

B. Ramesh

Patient Signature & Thumb

## AGAINST ADVICE FORM

Ward:..... Bed No.....

Name of the Patient.....I am responsible for taking the above patient out of the Hospital against the Advice of the Doctor I/C.

Signature.....

Date :..... Relationship.....